

**FECHA DE PRESENTACIÓN: 4 de Mayo de 2026**  
**NÚMERO INFORME: 4**  
**PERÍODO: 1 DE ABRIL AL 30 DE ABRIL DE 2026**

**DATOS BÁSICOS DEL CONTRATO**

<b>TIPO DE CONTRATO</b>	<b>CONTRATO DE PRESTACION DE SERVICIOS</b>	
<b>No. CONTRATO Y FECHA SUSCRIPCIÓN</b>	<b>CPS-336-2026 del 22 de Enero de 2026</b>	
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA</b>	<b>LUDWIG FABIAN ABRIL GRANADOS</b>	
<b>TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN (CEDENTE CUANDO APLIQUE)</b>	<b>C.C. 1128447239 BOGOTÁ D.C.</b>	
<b>NOMBRE DEL CONTRATISTA (CESIONARIO CUANDO APLIQUE)</b>	<b>N/A</b>	
<b>TIPO (C.C-NIT) Y NO. DE IDENTIFICACIÓN</b>	<b>N/A</b>	
<b>PLAZO INICIAL DE EJECUCIÓN</b>	<b>240 DÍAS CALENDARIO</b>	
<b>VALOR INICIAL DEL CONTRATO</b>	<b>44.000.000 CUARENTA Y CUATRO MILLONES PESOS M/CTE</b>	
<b>NUMERO DE REGISTRO PRESUPUESTAL</b>	<b>2182</b>	
<b>VALOR DEL PERIODO DE COBRO</b>	<b>5.500.000 CINCO MILLONES QUINIENTOS MIL PESOS M/CTE</b>	
<b>FECHA ACTA DE INICIO</b>	<b>28 de Enero de 2026</b>	
<b>PRÓRROGA</b>	<b>N/A</b>	
<b>ADICIÓN</b>	<b>N/A</b>	
<b>SUSPENSIÓN</b>	<b>N/A</b>	
<b>REINICIO</b>	<b>N/A</b>	
<b>CESIÓN (CUANDO APLIQUE)</b>	<b>N/A</b>	
<b>DISMINUCIÓN DE PLAZO (CUANDO APLIQUE)</b>	<b>N/A</b>	
<b>REDUCCIÓN DE VALOR (CUANDO APLIQUE)</b>	<b>N/A</b>	
<b>VALOR TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>44.000.000 CUARENTA Y CUATRO MILLONES PESOS M/CTE</b>	
<b>PLAZO TOTAL DEL CONTRATO</b>	<b>240 DÍAS CALENDARIO</b>	
<b>FECHA PREVISTA DE TERMINACIÓN (INCLUYENDO PRÓRROGAS, SUSPENSIONES O DISMINUCIÓN DE PLAZO)</b>	<b>27 de Septiembre de 2026</b>	
<b>OBJETO DEL CONTRATO</b>	<b>PRESTAR SERVICIOS PROFESIONALES PARA EL SEGUIMIENTO JURIDICO DE LOS PROYECTOS DE SALUD INCLUSIVA ASI COMO LOS ASUNTOS PRECONTRACTUALES CONTRACTUALES Y POSCONTRACTUALES QUE SE REQUIERAN</b>	
<b>APORTES DE SEGURIDAD SOCIAL</b>		
<b>EPS</b>	<b>ARL</b>	<b>PENSION</b>
<b>COMPENSAR E.P.S.</b>	<b>POSITIVA COMPAÑÍA DE SEGUROS</b>	<b>PORVENIR S.A.</b>
<b>NÚMERO DE PLANILLA</b>	<b>PERIODO COTIZADO</b>	
<b>75803559</b>	<b>abril</b>	



# CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

## DESARROLLO DEL INFORME

### OBLIGACIÓN 1

Realizar jurídicamente el seguimiento a los procesos de salud generando las alertas que sean necesarias para la adecuada ejecución contractual y precontractual, manteniendo actualizada la base de datos que para el efecto se disponga.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Se desarrollo acciones de acompañamiento al apoyo a la supervisión del CIA 1156-2024, con el fin de adelantar acciones de seguimiento.	1. 20260424_Revision 6to informe 1156.
2. Se desarrollo acciones de acompañamiento al apoyo a la supervisión del CIA 815-2025, con el fin de adelantar acciones de seguimiento.	2. 20260416_Actapresentaciondebatecontrolpo 815.

### OBLIGACIÓN 2

Elaborar los documentos que sean requeridos para la correcta ejecución de los contratos celebrados por el FDLK, tales como: minutas, solicitudes de certificados de disponibilidad y/o registro presupuestal, memorandos, entre otros.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Se elaboró documento a manera de solicitud de modificación contractual contrato 978-2025.	20260423_Modificación aclaración 978-2025. Gmail - MODIFICACIÓN 978 DE 2025. MEMORANDO Aclaración contractual CPS 978-2024. Solicitud de modificación Aclaración contractual CPS 978-2024.pdf"

### OBLIGACIÓN 3

Realizar el seguimiento jurídico en las diferentes reuniones, mesas de trabajo, visitas técnicas y jornadas en las que se le convoque en el marco del seguimiento a la ejecución y control de los proyectos locales de salud.

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Se realizó seguimiento al CIA 1156-2024, realizando alerta respecto de la ejecución con el fin de adelantar acciones de mitigación y prevención del daño antijurídico.	1. 20260424_seguimiento CIA 1156-2024
2. Se realizó seguimiento al CPS 815, acompañando sesión en JAL de solicitud de información.	2. 20260406_Actaproyeccionrtapoliticap815. 2. 20260425 Acta control político 815

### OBLIGACIÓN 4

Desarrollar acciones de apoyo a la supervisión de contratos en caso que sea asignado, realizando el seguimiento, verificación y constatación de las obligaciones contractuales y/o términos de referencia que debe desarrollar el contratista, plazos y condiciones establecidas, realizando la programación y seguimiento al PAC, informes de seguimiento,



### CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

acciones de liquidación entre las otras que sean requeridas, acorde con el manual de supervisión e interventoría de la Secretaria Distrital de Gobierno, los lineamientos y orientaciones brindadas por la Alcaldía Local y la normatividad vigente.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Se desarrollo acciones de acompañamiento al apoyo a la supervisión del CIA 1156-2024, con el fin de adelantar acciones de seguimiento.	1. 20260424_Revision 6to informe 1156.
2. Se desarrollo acciones de acompañamiento al apoyo a la supervisión del CIA 815-2025, con el fin de adelantar acciones de seguimiento.	2. 20260416_Actapresentaciondebatecontrolpo 815.
OBLIGACIÓN 5	
Hacer el seguimiento y control a proyectos y planes de acción que le Realizar procesos contractuales que le sean asignados por la supervisión del contrato, lo que incluye: elaborar o revisar las minutas de contratos y convenios, modificación del contenido de estudios previos, proyectos y pliegos de condiciones definitivos, términos de referencia y demás documentos contractuales requeridos en el marco de los diferentes tipos de procesos contractuales establecidos en la ley, respuestas a las observaciones al proyecto y a los pliegos definitivos de condiciones	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Se ha realizado los procesos contractuales designados por la supervisión del contrato, respecto de cuidadores y spa y salud sexual y reproductiva, inicialmente de manera de licitación y posteriormente como convenio interadministrativo.	20260406_ActaFormulacionAjustesAnexoYEstudioSector- Cuidadores DAPS 2026. 20260804_ActaFormulacionaAjustes DAPS CUIDADORES.
OBLIGACIÓN 6	
Realizar la implementacion, carga, manejo, validacion y actualizacion de informacion en las plataformas SECOP I Y SECOP II, asi como la recopilacion de la informacion para la actualizacion de bases que den cuenta del estado de los procesos en curso en la entidad, generando las alertas necesarias para el adecuado manejo de los mismos, brindando apoyo profesional para el oportuno registro y reporte de los datos por parte de los contratistas y apoyos a la supervision.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
1. Se realizó seguimiento al contrato 1156-2024, con el fin de que se reflejaran los pagos y la información de ejecución.	1. 815-2025_En ejecución.
2. Se realizó seguimiento al contrato 815-2025, con el fin de que se reflejaran los pagos y la información de ejecución	2. 1156-2024_En ejecución.
OBLIGACIÓN 7	
Organizar y/o asistir a las reuniones, capacitaciones y eventos que se desarrollen en relación con el objeto del contrato, de acuerdo con los lineamientos y protocolos establecidos, así como asistir y efectuar las presentaciones que sean requeridas ante la junta Administradora Local JAL, cuando le sea asignado o requerido; siguiendo los lineamientos establecidos, dejando registro de la asistencia y/o participación ya sea presencial y/o virtual	





## CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>1. Se asistió a las reuniones y capacitaciones citadas.</p> <p>2. Se asistió a la sesión de control político del contrato 815-2025.</p> <p>3. Se asistió a la reunión de equipo, con el fin de conocer y poner en conocimiento el seguimiento respectivo a los contratos que se realiza acompañamiento jurídico.</p> <p>4. Se asistió a la jornada de rendición de cuentas del FDLK.</p>	<p>20260409_Acta Reunión de equipo.</p> <p>20260417_Reunion de equipo.</p> <p>20260422_ActaReporteDP.</p> <p>20260425_ActaRendicionCuentas 2025.</p> <p>20260426 Respuesta Orfeo BTE DAP (1).</p> <p>20260428_Acta corrección respuesta derec.</p> <p>20260407_Capacitaciónensupervisióndecontratosjurídicos.</p>
<b>OBLIGACIÓN 8</b>	
Las demás obligaciones que sean inherentes al objeto contractual, que se encuentren en la normatividad vigente o que sean solicitadas por el supervisor o apoyo a la supervisión del contrato.	
ACTIVIDAD	MEDIO DE VERIFICACIÓN Y SU UBICACIÓN FÍSICA Y/O VIRTUAL
<p>1. Se elaboró respuesta a los derechos de petición: 20265810044502 ejecución del Proyecto 1156 de 2024 - 20264601438852 20265810049022 20265810040102 20265810048622 20265810049482</p>	<p>Para dar respuesta 20265810049482.</p> <p>Certificación "COPACOS".pdf"</p> <p>Respuesta radicado 20265810044502.pdf"</p> <p>Solicitud de insumo para dar respuesta a la veeduría.pdf"</p> <p>Solicitud firma D.P.pdf"</p>



# CERTIFICACIÓN DE CUMPLIMIENTO E INFORME DE ACTIVIDADES

## FIRMAS

**DECLARACIÓN DEL CONTRATISTA:** Manifiesto que he cumplido con las obligaciones derivadas del contrato y que las actividades mencionadas en el presente informe corresponden a las efectivamente desarrolladas en el período indicado, declarando que seré responsable por las afirmaciones contenidas en el presente documento, que sirve como soporte para certificar el cumplimiento del objeto del contrato.

Adicionalmente, conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, presento (las certificaciones de afiliación) o (planilla) al Sistema de Seguridad Social de periodo cotizado correspondiente para los fines pertinentes del presente pago.

Por lo anterior, manifiesto que, conforme al Decreto 1273 de 2018 del Gobierno Nacional, el cual establece que "...los trabajadores independientes podrán realizar el pago de sus aportes al Sistema de Seguridad Social Integral mes vencido..." , no me acojo a los beneficios tributarios derivados de dicha disposición. (Aplica cuando se acoge a mes vencido)

### CONTRATISTA

Firma:

*Ludwig Fabian Abril Granados*  
Nombre: LUDWIG FABIAN ABRIL GRANADOS  
Cédula: 1126447239

### SUPERVISOR/INTERVENTOR

Nombre: JAVIER PRIETO TRISTANCHO

Cargo: ALCALDE LOCAL DE KENNEDY (ENCARGADO)

Firma:

*Javier Prieto Tristanchó*

### REVISIÓN DOCUMENTAL

Nombre: EIMY SOLANGY CASTRO CASALLAS

Cargo: PROFESIONAL ESPECIALIZADO I Título de Postgrado 25 meses o más de experiencia profesional

Firma:

*Solangy Castro Casallas*

**DECLARACIÓN DEL SUPERVISOR Y/O INTERVENTOR:** Una vez verificados los soportes allegados por el contratista manifiesto que el/la contratista, ha cumplido con las obligaciones establecidas en el contrato.

Así mismo, certifiqué el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.





SECRETARÍA DE  
GOBIERNO

## PRESENTACIÓN INFORME DE ACTIVIDADES Y ANEXOS

Estimado(a) Supervisor(a)

De manera atenta envío el informe mensual de actividades No. 4 correspondiente a la ejecución del Contrato de Prestación de Servicios No. CPS-336-2026, por un valor de \$ 5.500.000, junto con los soportes respectivos para el periodo comprendido entre el 1 de Abril de 2026 al 30 de Abril de 2026.

Adicionalmente y conforme a lo establecido en la minuta del Contrato de Prestación de Servicios, adjunto a la presente la planilla de pago al Sistema de Seguridad Social Integral No. 75803559 correspondiente al mes de abril de 2026, para los fines pertinentes del presente pago.

Cordialmente,

**LUDWIG FABIAN ABRIL GRANADOS**

**C.C. 1128447239 BOGOTÁ D.C.**

**Correo electrónico: lfagabogado@gmail.com**

Edificio Liévano  
Calle 11 No. 8 -17  
Código Postal:  
111711  
Tel. 3387000 -  
3820660  
Información Línea  
195  
[www.gobiernobogota.gov.co](http://www.gobiernobogota.gov.co)

Código: GCO-GCI-F201  
Versión: 01  
Vigencia: 04 de noviembre de 2025  
Caso HOLA: 421  
Página 1 de 1



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.



# ALCALDIA LOCAL DE KENNEDY

RELACION DE TRAMITE DE RADICADOS ORFEO

NUMERO DE RADICADO	FECHA DE RADICACION	ESTADO DEL TRAMITE	ACCION O PLAN DE TRABAJO PARA TRAMITAR Y DAR CIERRE
ENTRADAS/ MIS OFICIOS/ MIS MEMORANDOS			
20265810049482	2026-03-17	Abierto	En revisión para firma alcalde
20264601438852	2026-04-27	Abierto	En proyección para remisión a firma
20265810049022	2026-03-17	Abierto	En revisión para firma alcalde
20265810040102	2026-03-05	Abierto	En revisión para firma alcalde
20265810048622	2026-03-17	Abierto	En revisión para firma alcalde
20265810049482	2026-03-17	Abierto	En revisión lider salud inclusiva

Declaración Juramentada

Número de Contrato CPS-336-2026

Yo, LUDWIG FABIAN ABRIL GRANADOS , identificado(a) con cédula de ciudadanía No. 1128447239 expedida en la ciudad de BOGOTÁ D.C. .

INFORMACIÓN PERSONAL	SI/NO
Soy Pensionado	NO
Devolución de saldos (No estoy obligado a cotizar pensión)	NO
Soy Declarante de Renta año 2025	NO
Para efectos de la aplicación de la tabla de retención en la fuente de qué trata el artículo 383 Parágrafo 4 del artículo 1.2.4.1.17 del Decreto 1625 de 2016. Haré uso de costos y deducciones asociadas a los pagos o abonos en cuenta por concepto de HONORARIOS; o por compensaciones por SERVICIOS PERSONALES.	NO

Solicito que al momento de la depuración de la base de la retención en la fuente sea tenida en cuenta la exención prevista en el numeral 10 del artículo 206 del Estatuto Tributario. Toda vez que cumpla con las previsiones del numeral 6 del artículo 1.2.4.1.6 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2231 de 2023.

De acuerdo con lo anterior, CERTIFICO QUE: (Seleccione con X para cada concepto que le aplique y anexe el soporte según corresponda):

DEPURACIÓN CÁLCULO DE RENTA	SI/NO
¿Soy responsable del Impuesto a las ventas - IVA? (Anexar RUT y certificación de autorización de numeración de facturación electrónica)	NO
¿Hago aportes a cuenta AFC - Ahorro de Fomento a la Construcción? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿A la fecha hago aportes VOLUNTARIOS a pensión? (Anexar soporte de pago de aporte mensual)	NO
¿Aporto certificación de pago de intereses en préstamos de vivienda del año inmediatamente anterior? (Anexar certificación en la primera cuenta)	NO
¿Aporto certificación de pagos a medicina prepagada y/o planes adicionales de salud del año inmediatamente anterior o del período objeto de pago? (Anexar certificación en la primera cuenta)	NO
¿Certifico que tengo dependientes de acuerdo con los requisitos exigidos en el parágrafo 2 del artículo 387 del Estatuto Tributario y en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art. 388 del Estatuto Tributario; Decreto 1625 de 2016 artículo 1.2.4.1.6 y artículo 1.2.4.1.18 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017). base retención (10%) de los ingresos brutos y hasta máximos de 32 UVT? (Anexar formato gco-gci-f137 y sus soportes)	SI

Se expide y firma a los (4) días del mes de Mayo del 2026.

Firma:

Nombre: LUDWIG FABIAN ABRIL GRANADOS  
C.C: 1128447239 de BOGOTÁ D.C.  
Dirección de correspondencia: CALLE 8 BIS A # 78C-51  
Teléfono de contacto: 3103762611  
Correo electrónico institucional: lfagabogado@gmail.com  
Correo electrónico personal: lfagabogado@gmail.com

## SECRETARÍA DISTRITAL DE GOBIERNO

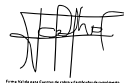
## CONTRATO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS No. CPS-336-2026

Yo JAVIER PRIETO TRISTANCHO, en calidad de supervisor(a) del contrato No. CPS-336-2026 suscrito entre la Secretaría Distrital de Gobierno y LUDWIG FABIAN ABRIL GRANADOS, identificado(a) con el número de documento C.C. 1128447239 BOGOTÁ D.C., certifico que el(la) contratista cumplió con las obligaciones pactadas en dicho contrato, de acuerdo con el informe No. 4 presentado para el período comprendido entre el 1 de Abril de 2026 y el 30 de Abril de 2026.

Así mismo, certifico que el cumplimiento de los aportes al Sistema de Seguridad Social Integral (salud, pensión y riesgos laborales) por parte del contratista, en los términos establecidos en el Parágrafo 1 del artículo 23 de la Ley 1150 de 2007 y el artículo 244 de la Ley 1955 de 2019. Cabe señalar que, tratándose de personas naturales, no es obligatorio el pago de los aportes parafiscales relativos al SENA, ICBF y Cajas de Compensación Familiar, por lo que dicha verificación se limita al cumplimiento de los aportes al sistema de seguridad social, incluidos los correspondientes a la ARL (Administradora de Riesgos Laborales), cuando aplique.

De acuerdo con lo anterior y una vez verificados los documentos presentados, los cuales cumplen cabalmente con lo establecido en el procedimiento de pagos de la entidad, autorizo el pago por valor de \$5.500.000

En constancia se firma a los 4 días del mes de Mayo de (2026).



JAVIER PRIETO TRISTANCHO  
ALCALDE LOCAL DE KENNEDY  
(ENCARGADO)  
SUPERVISOR



EIMY SOLANGY CASTRO CASALLAS  
REVISIÓN DOCUMENTAL

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1128447239	LUDWIG FABIAN ABRIL GRANADOS		dg 3 # 83-02	2932151	lfagabogado@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	
<b>EXONERADO PAGO PARAFISCALES Y SALUD</b>						
NO						

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75803559	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$684.900	

## TOTALES POR SUBSISTEMAS

TOTALES SALUD													
Código EPS	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	UPC Adicional	Incapacidades		Licencia Maternidad		Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora UPC	Total a Pagar	No. Afiliados
					No. Autorización	Valor	No. Autorización	Valor					
EPS008	Compensar EPS	860066942-7	276.700	0		0		0	0	0	0	276.700	1

TOTALES PENSIÓN													
Código AFP	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Aporte Voluntario Afiliado	Aporte Voluntario Aportante	Aporte FSP - Solidaridad	Aporte FSP - Subsistencia	Días Mora	Valor Mora Cotización	Valor Mora FSP	Total a Pagar	No. Afiliados	
230301	Porvenir	800224808-8	354.200	0	0	0	0	0	0		354.200	1	

TOTALES RIESGOS LABORALES															
Código ARL	Nombre	NIT	Cotización Obligatoria	Incapacidades		Aportes Otros Sistemas	Valor Neto Cotización	Días Mora	Valor Mora Cotización	Subtotal Cotización	No. Radicado Saldo a Favor	Valor Saldo a Favor	Fondo Solidaridad	Total a Pagar	No. Afiliados
				No. Autorización	Valor										
14-23	Positiva Seguros	860011153-6	54.000				54.000	0	0	54.000			540	54.000	1

TOTALES CAJAS							
Código CCF	Nombre	NIT	Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados

TOTALES PARAFISCALES				
Valor Aporte	Días Mora	Valor Mora Aporte	Total a Pagar	No. Afiliados
<b>SENA</b>				
0	0	0	0	0
<b>ICBF</b>				
0	0	0	0	0
<b>ESAP</b>				
<b>MEN</b>				

TOTALES POR SUBSISTEMA			
Tipo Administradora	No. Administradoras Reportadas	Valor antes de IGE, LMA, IRP y Mora	Total a Pagar
Salud	1	276.700	276.700
PenSIÓN	1	354.200	354.200
Riesgos Laborales	1	54.000	54.000
CCF	0	0	0
ESAP	0	0	0
ICBF	0	0	0
MEN	0	0	0
SENA	0	0	0
<b>TOTALES</b>	<b>3</b>	<b>684.900</b>	<b>684.900</b>

DATOS DEL APORTANTE						
TIPO	NÚMERO	NOMBRE APORTANTE		DIRECCIÓN	TELÉFONO	CORREO
CC	1128447239	LUDWIG FABIAN ABRIL GRANADOS		dg 3 # 83-02	2932151	lfagabogado@gmail.com
FORMA PRESENTACIÓN	CLASE APORTANTE	NOMBRE SUCURSAL	CÓDIGO	DEPARTAMENTO	CIUDAD / MUNICIPIO	
ÚNICA	I - Independiente			BOGOTÁ D. C.	BOGOTÁ, D.C.	

DATOS DE LA PLANILLA					
PLANILLA ASOCIADA	FECHA PAGO ASOCIADA (DIA/MES/AÑO)	NÚMERO PLANILLA	FECHA PAGO (DIA/MES/AÑO)	CANTIDAD EMPLEADOS	CANTIDAD UPC
		75803559	16/04/2026	1	0
PERIODO SALUD	PERIODO PENSIÓN	TIPO PLANILLA	TOTAL NÓMINA	TOTAL A PAGAR	
2026-04	2026-04	I	\$0	\$684.900	

DETALLE POR COTIZANTE																																																				
INFORMACIÓN COTIZANTE					INFORMACIÓN NOVEDADES										PENSIÓN					SALUD			RIESGOS LABORALES				CCF			PARAFISCALES																						
No.	Tipo y Número de Identificación	Apellidos y Nombres			Cotizante	Sueldo	Extranjero	Exonemado	ING	RET	TDE	TAE	TDP	TAP	USP	SAJ	ICE	LMA	VAC	AVP	VCV	IRL	CORRECCIÓN	Cód. AFP	IBC AFP	Días	Cotización	Voluntario Afiliado	Voluntario Aportante	Fondo pensional de solidaridad	Fondo pensional de subsistencia	Cód. EPS	IBC EPS	Días	Cotización / Valor UPC	Cód. ARL	IBC ARL	Días	Clase de Riesgo	Cotización	Código CCF	IBC CCF	Días	Aporte CCF	IBC otros parafiscales	Aporte SENA	Aporte ICBF	Aporte ESAP	Aporte MEN			
1	CC 1128447239	ABRIL GRANADOS LUDWIG FABIAN			59	0		N															230301	2.213.400	30	354.200	0	0	0	0	EPS008	2.213.400	30	276.700	14-23	2.213.400	30	3	54.000		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

# PAGADA

## SOLICITUD DE DEDUCCIÓN DE LA BASE DE LA RETENCIÓN EN LA FUENTE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES

Código: GCO-GCI-F137  
 Versión: 04  
 Vigencia: 21 de febrero de 2025  
 Caso 124431

Con la presente me permito solicitar la aplicación de la deducción mensual del 10% del total de mis ingresos brutos provenientes del CONTRATO de Prestación de Servicios N° 336 de 22/01/2026, que suscribí con la ALCALDÍA LOCAL DE KENNEDY, y teniendo en cuenta que bajo la gravedad de juramento, CERTIFICO que la(s) persona(s) que relaciono a continuación dependen de mí económicamente, situación que me otorga el derecho a tomar la deducción mencionada hasta un máximo de 32 UVT mensuales, en concordancia con ley 2277 de 2022 y Art 388 del Estatuto Tributario; artículos 1.2.4.1.6 Decreto 1625 de 2016 y artículo 1.2.4.1.18 del Decreto 1625 de 2016 modificado por el artículo 9 del Decreto 2250 de 2017).

El cuerpo del formato se elabora de acuerdo con las necesidades de cada proceso

FECHA DE SOLICITUD      DÍA    4      MES    5      AÑO    2026

**INFORMACIÓN DILIGENCIADA POR EL CONTRATISTA**

<b>NOMBRES Y APELLIDOS DEL CONTRATISTA</b>	<b>CÉDULA N°</b>	<b>UBICACIÓN (PROYECTO-SITIO TRABAJO)</b>	<b>TELÉFONO</b>
Ludwig Fabián Abril Granados	1128447239	Alcaldía Local de Kennedy	3103762611

**RECUERDE:** La deducción de la base de retención en la fuente por concepto de dependientes, no podrá ser solicitada por más de un contribuyente en relación con un mismo dependiente y su vigencia será hasta el 31 de diciembre de cada año.

Relacione los datos del dependiente que desea declarar

NOMBRES Y APELLIDOS	PARENTESCO	EDAD	INGRESOS DEL DEPENDIENTE
SOFIA ISABELLA ABRIL PRIETO	HIIJA	15	0

Marque con una X en el recuadro la (s) solicitud (es) que desea realizar.

Los hijos que tengan hasta 18 años y dependan económicamente de usted.

Requisito: Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad entre 18 y 25 años a los cuales les está financiando su educación superior en instituciones certificadas por el ICFES o la autoridad oficial correspondiente; o programas técnico de educación no formal debidamente acreditados por la autoridad competente.

Requisitos: Certificado de constancia de estudios del año en curso emitida por la institución de educación superior ó programas de educación no formal el cual debe contener la siguiente información:

- \* Nombre del estudiante
- \* Nombre o razón Social y NIT de la entidad beneficiaria
- \* Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.

Los hijos con edad mayor a 23 años que se encuentren en situación de dependencia originada en factores físicos ó psicológicos

Requisitos: Copia auténtica del Registro Civil de Nacimiento, en caso de no estar inscrito.  
 Certificado emitido por Ministerio de Salud y Protección Social o la entidad determinada por las normas vigentes

El cónyuge o compañero (a) permanente del contribuyente que se encuentre en situación de dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos menores el año anterior a 260 UVT o por dependencia originada en factores físicos o psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisitos: Copia auténtica del Registro Civil de Matrimonio, en caso de no estar inscrito.  
 Para compañero (a) permanente: Escritura pública de unión marital de hecho o declaración de convivencia ante notario, en caso de no estar inscrito  
 Certificación de Contador Público en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año a 10 salarios mínimos mensuales vigentes  
 Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos o psicológicos

Los padres y los hermanos del contribuyente que se encuentren en dependencia ya sea por ausencia de ingresos ó ingresos en el año anterior a 260 UVT por dependencia originada en factores físicos ó psicológicos que sea certificado por el Instituto Nacional de Medicina Legal.

Requisito: Para el caso de los Padres: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador  
 Para el caso de los Hermanos: Copia auténtica del registro civil de nacimiento del trabajador y de sus hermanos donde acrediten el parentesco  
 Certificación de Contador Público y copia de la Tarjeta Profesional en la que conste la ausencia de ingresos ó ingresos menores en el año anterior a 260 UVT  
 Certificado emitido por el Instituto Nacional de Medicina Legal en caso de dependencia por factores físicos ó psicológicos

**DECLARACIÓN JURAMENTADA**

DECLARO BAJO LA GRAVEDAD DE JURAMENTO QUE LA ANTERIOR INFORMACIÓN ES VERÍDICA Y PODRÁ SER COMPROBADA POR LA ENTIDAD CUANDO LO CONSIDERE CONVENIENTE. DECLARO QUE

  
 FIRMA DEL CONTRATISTA

**GUÍA DE DILIGENCIAMIENTO DEL FORMATO DE DEDUCIBLE POR CONCEPTO DE DEPENDIENTES**

- Para diligenciar el formato tenga en cuenta los siguientes pasos:
- FECHA DE SOLICITUD: Registre la fecha de presentación del formato en la versión día, mes, año en la casilla correspondiente
  - NOMBRE DEL CONTRATISTA: Registre los nombres y apellidos de la persona que presenta la solicitud
  - CÉDULA: Registre el número de cédula de quien presenta la solicitud
  - UBICACIÓN LABORAL, SITIO DE TRABAJO: Registre el área, dependencia y/o proyecto donde labora
  - TELÉFONO: Registre el número de teléfono y extensión del área o dependencia donde labora
  - NOMBRE: Registre el nombre y apellidos completos del familiar que declara como dependiente suyo.
  - PARENTESCO: Registre el parentesco del familiar que declara como dependiente suyo
  - EDAD: Registre la edad del familiar que declara como dependiente suyo
  - INGRESOS DEL DEPENDIENTE: Registre los ingresos anuales del familiar que declara como dependiente suyo.
  - REQUISITO: De acuerdo con los documentos requeridos en cada caso de se debe anexar por una única vez y solo en caso de actualización o cambio en la información deberá allegarlo nuevamente
  - FIRMA DEL CONTRATISTA: Registre la firma del contratista que está tramitando la solicitud



ORGANIZACIÓN ELECTORAL  
REGISTRADURÍA NACIONAL DEL ESTADO CIVIL  
DIRECCION NACIONAL DE REGISTRO CIVIL

REGISTRO CIVIL  
DE NACIMIENTO

Indicativo  
Serial

34992112

NUIP 1013007877



- ORIGINAL PARA LA OFICINA DE REGISTRO -

**Datos de la oficina de registro - Clase de oficina**

Registraduría <input type="checkbox"/>	Notaría <input checked="" type="checkbox"/>	Número <input type="checkbox"/> 27	Consulado <input type="checkbox"/>	Corregimiento <input type="checkbox"/>	Inspección de Policía <input type="checkbox"/>	Código	9	7	90
--	---	------------------------------------	------------------------------------	--	--	--------	---	---	----

**Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección de Policía**  
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA

**Datos del inscrito**

Primer Apellido		Segundo Apellido	
ABRIL *****		PRIETO *****	
Nombre(s)			
Fecha de nacimiento		Sexo (en letras)	Grupo sanguíneo
SOFIA ISABELLA *****		Femenino	A
Año	Mes	Día	Factor RH
2	0	1	Negativo
0		0	
Lugar de nacimiento (Pais - Departamento - Municipio - Corregimiento e/o Inspección)			
COLOMBIA - CUNDINAMARCA - BOGOTA			

Tipo de documento antecedente o Declaración de testigos	Número certificado de nacido vivo
CERTIFICADO DE NACIDO VIVO	10361507-4

**Datos de la madre**

Apellidos y nombres completos	
PRIETO ANTOLINEZ ADRIANA	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1032442320	COLOMBIANA

**Datos del padre**

Apellidos y nombres completos	
ABRIL GRANADOS LUDWIG FABIAN	
Documento de identificación (Clase y número)	Nacionalidad
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1128447239	COLOMBIANO

**Datos del declarante**

Apellidos y nombres completos	
ABRIL GRANADOS LUDWIG FABIAN	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
CÉDULA DE CIUDADANÍA NRO. 1128447239	<i>Ludwig Fabian Abril</i> 1.128.447.239

**Datos primer testigo**

Apellidos y nombres completos	
*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	

**Datos segundo testigo**

Apellidos y nombres completos	
*****	
Documento de identificación (Clase y número)	Firma
*****	

Fecha de inscripción	Nombre y firma del funcionario ante el cual se realizó el registro
Año <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 10 Mes <input type="checkbox"/> JUL Día <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 0	HECTOR ORLANDO REYES MUÑOZ
Reconocimiento paterno	Nombre y firma del funcionario ante el cual se realizó el reconocimiento
<i>Ludwig Fabian Abril</i> Firma	HECTOR ORLANDO REYES MUÑOZ



ESPACIO PARA NOTAS

REGISTRADO EN EL LIBRO DE VARIOS TOMO 149 FOLIO 089